

**Łukasz Małecki, Agata Stalmach-Przygoda, Stanisław Górski,
Anna Kocurek, Agnieszka Skrzypek, Bogumiła Kowalska,
Michał Nowakowski**

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum
Zakład Dydaktyki Medycznej

Wprowadzenie całościowego kursu komunikacji medycznej dla studentów Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum

The introduction of a comprehensive communication course for medical students of the Faculty of Medicine at the Jagiellonian University Medical College

STRESZCZENIE

Umiejętności komunikacyjne w relacji z pacjentem są jednymi z istotnych kompetencji lekarza. Celem poniższego sprawozdania jest zaprezentowanie procesu wprowadzenia kursu komunikacji medycznej dla studentów Wydziału Lekarskiego w Zakładzie Dydaktyki Medycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum. Przedstawiamy historię nauczania tego zagadnienia w naszym zakładzie z poszczególnymi etapami rozwoju kursu. Opisujemy także wyjściowe cele i założenia leżące u podstaw naszego rozumienia problemu komunikacji medycznej w kontekście dydaktycznym oraz doświadczenia, które miały wpływ na ostateczny kształt kursu. Efektywne nauczanie komunikacji medycznej wymaga pracy nad umiejętnościami oraz nastawieniem studentów, łączenia z modelem biomedycznym oraz stopniowego wprowadzania nowego materiału. Istotną kwestią jest oparcie się na spójnej podstawie teoretycznej, co umożliwi proces standaryzacji nauczania, oceny studentów i szkoleń nauczycieli.

W pracy przedstawiono strukturę proponowanych efektów kształcenia i kluczową rolę opracowania odpowiednich scenariuszy konsultacji lekarskich wykorzystywanych podczas zajęć. Zaprezentowana została perspektywa rozwoju kursu oraz miejsce nauczania komunikacji medycznej w obrębie procesu kształcenia studentów Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum.

Słowa kluczowe: komunikacja medyczna, komunikacja lekarz–pacjent, metodyka nauczania komunikacji medycznej, edukacja medyczna, symulacja medyczna

ABSTRACT

Clinical communication skills are one of the essential competences of the physician. The aim of this report is to present the process of introducing a course of medical communication for students of the Faculty of Medicine at the Department of Medical Education, Jagiellonian University Collegium Medicum. We present the history of teaching this subject in our Department with different stages of course development. We also describe the initial goals and assumptions underlying our understanding of the problem of medical communication in the didactic context and the experience that influenced the final shape of the course. Effective teaching of medical communication involves working on skills and student attitude, combining communication teaching with the biomedical model and gradually introducing new material. It is important to rely on a consistent theoretical basis, which enables the standardization of teaching, student assessment and teacher training.

The structure of the proposed learning outcomes is presented, as well as the key role of appropriate scenarios for medical consultations used during the course. The perspective of course development and the place of teaching medical communication within the process of educating the students of the Faculty of Medicine of the Jagiellonian University Collegium Medicum is presented as well.

Keywords: clinical communication, doctor-patient communication, methodology of clinical communication teaching, medical education, medical simulation

Pamięci dr hab. n. med. Marzanny Magdoń

Wstęp

Umiejętności komunikacyjne są jednymi z podstawowych kompetencji klinicznych lekarza. Stanowią elementarne narzędzie pracy służące nie tylko do zbierania i przekazywania informacji, gdyż poza budowaniem relacji z pacjentem – efektywna komunikacja znacząco oddziałuje na wiele aspektów opieki zdrowotnej. Dotyczy to zwiększenia satysfakcji pacjentów (Williams i in., 1998), ale także wpływu na współpracę i przestrzeganie zaleceń lekarskich (DiMatteo, 2004). Wreszcie, skuteczna komunikacja ma swój rezultat w postaci poprawy efektów leczenia (Stewart, 1995), a w tym – w zmniejszeniu częstości wizyt oraz liczby zlecanych badań (Stewart i in., 2000), co może mieć szczególne znaczenie we współczesnym modelu opieki zdrowotnej w Polsce. Jak wskazują dostępne dane, skargi pacjentów w znaczącej mierze są efektem problemów na gruncie komunikacji z lekarzem (Halperin, 2000; Taylor i in., 2002).

Proces nauczania umiejętności komunikacyjnych, pomimo ich kluczowej roli, nie doczekał się dotychczas w Polsce należytej i sformalizowanej struktury. Odnosi się to zarówno do kształcenia studentów kierunków medycznych, jak i do kształcenia podyplomowego. Kwestia ta przekłada się bezpośrednio na zgłaszane przez profesjonalistów opieki medycznej trudności w pracy z pacjentami. Efektem braku adekwatnej edukacji są także niesatysfakcjonujące oceny polskich lekarzy w kategorii umiejętności komunikacyjnych, jakie pojawiły się w kolejnej edycji corocznego raportu OECD *Health at a Glance 2016*.

Stanowiło to jeden z motywów do wprowadzenia całościowego kursu komunikacji medycznej dla studentów Wydziału Lekarskiego przez Zakład Dydaktyki Medycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum. W naszym założeniu proponowane szkolenie miało obejmować szeroki zakres umiejętności komunikacyjnych i sposobów radzenia sobie w różnorodnych wymagających sytuacjach

klinicznych. Poza przyswojeniem wiedzy teoretycznej umożliwia ono studentom praktyczny trening w bezpiecznych, laboratoryjnych warunkach. Jedną z podstawowych zasad jest łączenie umiejętności komunikacyjnych z modelem biomedycznym, a także wprowadzanie umiejętności stopniowo w zakresie ich złożoności oraz trudności poruszanych problemów.

Komunikacja medyczna w Zakładzie Dydaktyki Medycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum

Za początek nauczania komunikacji medycznej w warunkach laboratoryjnych na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Jagiellońskiego należy przyjąć rok 1999. Wówczas dla studentów III roku przygotowano kurs nauki zbierania wywiadu i badania fizykalnego w warunkach laboratoryjnych (Laboratoryjne Nauczanie Umiejętności Klinicznych). Kurs od samego początku prowadzony był przy użyciu metod dydaktycznych takich jak np. odgrywanie ról z nagrywaniem scenek kamerą VHS. Poza aspektem biomedycznym w programie pojawiły się też pierwsze elementy komunikacji lekarz–pacjent.

W roku akademickim 2013/2014 w ramach Zakładu Dydaktyki Medycznej kurs ten jako podstawowy został przeniesiony na rok II, a rok później studenci III roku otrzymali po raz pierwszy całościowy kurs dedykowany komunikacji medycznej. Obejmował on swoim zakresem podstawy teoretyczne komunikacji odnoszące się zarówno do zbierania informacji w ramach wywiadu lekarskiego, jak również elementy dotyczące zasad przekazywania informacji. Studenci mieli możliwość treningu w warunkach symulacyjnych (odgrywanie ról). Należy zaznaczyć jednak, że podejście do kwestii komunikacji w znacznej mierze opierało się na perspektywie biomedycznej. Ewaluacja kursu po pierwszej edycji ukazała konieczność rozwinięcia zagadnień komunikacyjnych. Pojawiła się także potrzeba opracowania spójnej struktury teoretycznej połączonej ze standaryzacją metodyki prowadzenia zajęć oraz szkolenia nauczycieli.

Rozumienie komunikacji medycznej – czego chcemy nauczać?

Konstruując aktualną formę naszego kursu oparliśmy się na różnych perspektywach związanych z komunikacją pomiędzy lekarzem a pacjentem. W szerokim rozumieniu, według Doroszewskiego, komunikację w kontekście medycznym możemy rozumieć jako *porozumienie między różnymi – pojedynczymi lub licznymi podmiotami, dotyczące spraw związanych z medycyną, (...) może mieć ono charakter bezpośredni lub pośredni, a cel poznawczy lub pragmatyczny* (za: Deręgowska, 2015, s. 359). Takie ujęcie pozwala na umiejscowienie i zrozumienie procesów zachodzących w gabinecie lekarskim i poza nim, w szerszym kontekście społeczno-kulturowym, w tym również w odniesieniu do sfery uznawanych społecznie wartości. Umożliwia także określenie roli lekarza w relacji zarówno do pacjenta i jego rodziny, jak również do innych uczestników systemu opieki zdrowotnej. Rola ta ma polegać na pełnieniu funkcji kompetentnego przewodnika i partnera. Kluczowym elementem jest dla nas orientacja na pacjenta, wzajemny szacunek i zaufanie. Najwyższe rozumienie, według Doroszewskiego, polega na komunikacji wyłącznie między lekarzem a pacjentem, gdzie autor definiuje ją jako *umyślne, świadome i celowe, bezpośrednie lub pośrednie przekazywanie informacji wraz ze zjawiskami jej towarzyszącymi (...). Jest to wymiana znaków językowych i pozajęzykowych, mająca na celu doskonalenie postępowania lekarskiego oraz wzajemne zbliżenie tych osób ze szczególnym uwzględnieniem etycznych i psychologicznych aspektów opieki zdrowotnej oraz wzajemne oddziaływanie na postępowanie* (za: Deręgowska, 2015, s. 359–360). Podkreślenie aspektów uświadomienia i celowości działań uwypukla znaczenie intencjonalnego wykorzystywania narzędzi w procesie komunikacji z pacjentem. Przy określonych celach, wartościach i założeniach (np. wsparcie emocjonalne, adekwatne zebranie informacji od pacjenta) takie rozumienie wskazuje na konieczność określenia konkretnych umiejętności czy technik, które

pozwalają na ich realizację. Operacjonalizacja wartości i założeń są jednocześnie efektami, do których prowadzić ma zastosowanie konkretnych umiejętności (np. cele: okazanie szacunku dla pacjenta, zbudowanie relacji, efektywność podjętych wysiłków względem ilości uzyskanych informacji – umiejętności: otwarte pytania, przestrzeń dla pacjenta do swobodnej wypowiedzi, aktywne słuchanie). Co warto podkreślić, umiejętności te mogą być precyzyjnie opisane i podlegać praktycznemu treningowi przez studentów.

Należy zaznaczyć, że przyjęcie obydwu perspektyw pozwoliło na szersze zrozumienie uwarunkowań związanych z interakcją lekarza z pacjentem, gdzie bezpośredni efekt konsultacji lekarskiej jest wypadkową wielu elementów związanych z kontekstem społeczno-kulturowym, organizacyjnym, a także osobniczym. Odnosi się to do szerokiego spektrum czynników – od przyjętych powszechnie norm i postaw w danej społeczności, po psychologiczne uwarunkowania reakcji w gabinecie lekarskim. Wszystkie te elementy zostały uwzględnione przy konstrukcji kursu. Dodatkowo wyodrębniono czynniki, które mogą być wytypowane jako szczególnie efektywne cele dydaktyczne.

Model komunikacji medycznej

Jednym z wyzwań stojących na drodze do wprowadzenia całościowego kursu komunikacji medycznej okazała się być konieczność oparcia się na jednolitej strukturze teoretycznej. Wśród kryteriów wyboru danego modelu teoretycznego wyróżniliśmy udokumentowaną skuteczność w kontekście klinicznym, jak również dydaktycznym, przystępną operacjonalizację pojęć w obrębie modelu oraz otwartą strukturę i możliwość modyfikacji. Oparcie się na konkretnym modelu umożliwia nie tylko standaryzację w obrębie podstaw teoretycznych, ale także aparatu pojęciowego, struktury zajęć, metod oceny czy systemu szkolenia nauczycieli.

Śród istniejących modeli w roku akademickim 2015/2016 zdecydowano się

skorzystać z modelu Calgary-Cambridge autorstwa Kurtza i Silvermana (Silverman, Kurtz, i Draper, 2016). Model ten szczegółowo opisuje strukturę i etapy konsultacji lekarskiej wraz z jej dynamiką. Wprowadza również skrócony zestaw umiejętności komunikacyjnych użytecznych na poszczególnych etapach konsultacji. Jest to o tyle istotne, że umiejętności te stanowią podstawę i cel działań edukacyjnych i jako takie mogą podlegać treningowi i stopniowemu zwiększaniu ich opanowania przez studentów. Zestaw wyodrębnionych umiejętności stanowi może pomocny element w ocenie zdolności komunikacyjnych oraz uzyskiwanych postępów w trakcie kursu. Wyodrębnienie poszczególnych umiejętności i ich intuicyjna nomenklatura pozwalają na dogodną kategoryzację niektórych aspektów kompetencji komunikacyjnych, co przekłada się nie tylko na organizację przebiegu zajęć i przejrzysty system prezentowany studentom, ale stanowi nadto klarowny schemat dla nauczycieli, w tym osób, które nie miały wcześniej styczności z zagadnieniami komunikacji medycznej. W pracy dydaktycznej wykorzystujemy opracowaną przez zespół naszego zakładu zmodyfikowaną wersję modelu Calgary-Cambridge, rozwiniętą i zaadaptowaną do polskich uwarunkowań kulturowych i systemu organizacji opieki zdrowotnej.

Znaczenie umiejętności i nastawienia

Model Calgary-Cambridge kładzie duży nacisk na rozwój umiejętności komunikacyjnych, dotyczy on jednakże tylko pośrednio problemu nastawienia i postaw studentów dotyczących kontaktu lekarz–pacjent. Doświadczenia naszego ośrodka wskazują na szczególną rolę tych ostatnich w kształtowaniu kompetencji komunikacyjnych u studentów.

W literaturze przedmiotu pojawiają się różne sposoby definiowania optymalnego czy pożądanego nastawienia i postaw lekarzy wobec pacjentów. Jeden z szeroko akceptowanych modeli dotyczy tzw. podejścia zorientowanego na pacjenta. W naszym kursie wprowadziliśmy zapożyczone z modelu

Calgary-Cambridge pojęcie perspektywy pacjenta (koncepcja pierwotnie wywodząca się z medycyny zorientowanej na pacjenta). Odносimy się również do analizy perspektywy lekarza wraz z jego szeroko rozumianą rolą i pozycją w opiece zdrowotnej z uwzględnieniem problematyki wartości i podejścia zorientowanego na pacjenta. Zorientowanie na pacjenta jest ogólnym modelem podejścia klinicznego i pierwotnie termin ten powstał w opozycji perspektywy medycyny zorientowanej na chorobę. Obejmuje ono swoim zakresem także aspekty komunikacji medycznej i opiera się o założenia głoszące m.in. konieczność traktowania pacjenta jako całości, potrzebę poznania jego perspektywy i wpływu stanu zdrowia na ogólne funkcjonowanie czy istotność uwspólnienia rozumienia lekarza i pacjenta oraz współpracy w procesie diagnostyczno-terapeutycznym (Stewart, Brown, i Weston, 2003). Podejście to w znacznej mierze zgodne jest z naszą perspektywą i jego realizacja wymaga odpowiednich postaw, takich jak otwartość na drugiego człowieka, szacunek czy odpowiedzialność zawodowa rozumiana m.in. jako świadome doskonalenie się i dojrzałe podejmowanie decyzji w warunkach pracy lekarza.

Nastawienie traktowane jest przez nas w kategorii postaw. Proces ich kształtowania odwołuje się do wszystkich ich aspektów – emocjonalnego, poznawczego oraz behawioralnego. Stosujemy metody odnoszące się do elementów poznawczych, wiedzy i przekonań studentów prezentując wyniki badań naukowych, prowadząc dyskusje w pracy nad problemem oraz analizę nagranych konsultacji lekarskich. Stosujemy także ćwiczenia poszerzające wgląd emocjonalny, w tym przyjmowanie przez studentów roli pacjenta. Wreszcie studenci mają możliwość przećwiczenia konkretnych zachowań w bezpiecznych warunkach z analizą konsekwencji dla relacji lekarz–pacjent, także w świetle informacji zwrotnej od pacjenta. Nie do przecenienia jest także rola modelowania i naśladowania postaw innych lekarzy oraz nauczycieli w procesie kształtowania nastawienia.

Opracowana konstrukcja zajęć zawiera zestaw standaryzowany zestaw poruszanych problemów odnoszących się do kształtowania postaw i wyznaczone w ich zakresie cele kształcenia. Zawierają one zagadnienia respektowania perspektywy, a także autonomii pacjenta, zasadności budowania współpracy terapeutycznej i empatii. Poruszane są także kwestie wartości leżących u podstaw pracy lekarza, jak również rozumienia i radzenia sobie z własnymi reakcjami emocjonalnymi.

W miarę postępu kursu nacisk kładzie się stopniowo – od pracy z postawami studentów do nauki konkretnych umiejętności. Co warto podkreślić, w procesie kształtowania postaw studentów, jak również w trakcie całego kursu nauczyciel nie pełni funkcji tradycyjnego „dostarczyciela” wiedzy, pełni natomiast rolę fasilitującą, czyli kieruje pracą grupy oraz umożliwia rozwiązywanie powstających problemów i konfliktów.

Podejście takie pozwala na interakcje między studentami, większe ich zaangażowanie, a także zachowanie autonomii w konstruowaniu rozumienia roli lekarza i relacji lekarz–pacjent, co skutkuje budowaniem dojrzałych postaw. W projektowaniu kursu komunikacji medycznej postanowiliśmy uwzględnić naukę już na poziomie przedklinicznym programu studiów. Podyktowane jest to z jednej strony umożliwieniem rozwoju kompetencji komunikacyjnych przed zajęciami w warunkach klinicznych, a także potrzebą kształtowania pożądanych postaw już na wczesnym etapie.

Schemat kursu

Jednym z głównych założeń jest stopniowość wprowadzania kolejnych umiejętności komunikacyjnych, a także trudności poruszanych problemów na kolejnych latach nauki. Schemat ten opiera się na kolejnych następujących po sobie etapach:

- Nauczanie izolowanych umiejętności komunikacyjnych (np. techniki zadawania pytań) w uproszczonym kontekście biomedycznym.

- Łączenie umiejętności komunikacyjnych (np. całościowe zbieranie wywiadu) w pełnym kontekście biomedycznym.
- Wykorzystanie umiejętności komunikacyjnych w skomplikowanych kontekstach bio-psycho-socjologicznych (np. radzenie sobie z agresją). Wykorzystanie symulowanych/standaryzowanych pacjentów.
- Wykorzystanie umiejętności komunikacyjnych w warunkach symulacji wysokiej wierności (metody hybrydowej symulacji łączące wykorzystanie manekinów wysokiej wierności z obecnością symulowanego pacjenta)
- Możliwość nauczania komunikacji medycznej w warunkach klinicznych.

Jak wspomniano poprzednio, kurs komunikacji klinicznej w Zakładzie Dydaktyki Medycznej podlegał zmianom na przestrzeni lat. Jednym z czynników wpływających na jego kształtowanie był proces ciągłej ewaluacji przez studentów. Dotyczył on zarówno formy prowadzonych zajęć, jak również poruszanej tematyki. Do roku akademickiego 2015/2016 kurs obejmował nauczanie podstawowych umiejętności zbierania i przekazywania informacji w programie dwóch lat studiów. Następnie, bazując na propozycjach studentów i nauczycieli, został rozbudowany o nowe elementy. Ostateczna forma kursu obejmuje 4 lata studiów medycznych (70 godzin zajęć) i zawiera szerokie spektrum poruszanych zagadnień (tab. 1).

Konstruując kurs komunikacji medycznej dołożyliśmy wszelkich starań celem opracowania jasnego i przejrzystego modelu dydaktycznego obejmującego szeroki zakres wiedzy i umiejętności, a także proponowaną, określoną metodykę nauczania. Standaryzacja metod dydaktycznych, przygotowane propozycje interwencji nauczyciela, ćwiczenia oraz system scenariuszy symulacyjnych mają na celu uzyskanie powtarzalności w obrębie kursu. Konstrukcja ta uwzględnia jednocześnie odmienne postawy, systemy wartości oraz różnice socjopsychologiczne studentów i w dużej mierze oparta jest na wspólnym wypracowaniu, w obrębie grupy, efektywnych

metod komunikacji z facylitacją nauczyciela. Poszczególne elementy kursu podlegają także analizie w trwających badaniach naukowych mających na celu określenie ich roli i wpływu w procesie kształcenia.

Jasna i przejrzysta struktura oraz wypracowany spójny system wiedzy i metodyki nauczania pozwala także na efektywne szkolenie nauczycieli akademickich. Rosnący stopień skomplikowania problematyki poruszanej na zajęciach oraz postępująca złożoność wykorzystywanych metod dydaktycznych dają możliwość płynnego zaangażowania w tok prowadzonych zajęć nowych prowadzących od pierwszych etapów.

Metodyka kursu

Konstrukcja kursu zawiera zakres informacji teoretycznych prezentowany w formie mini-wykładów. Przekazywana wiedza obejmuje zagadnienia dotyczące poszczególnych umiejętności komunikacyjnych i nastawienia, w tym ich wpływu udokumentowanego w badaniach naukowych na przebieg konsultacji medycznej i całego procesu terapeutycznego.

Największy nacisk zwrócony jest na metody dydaktyczne bazujące na tzw. nauce przez doświadczenie (*experiential learning*), czyli dające studentom możliwość przećwiczenia i analizy konsekwencji konkretnych zachowań i umiejętności. Podejście to wydaje się być szczególnie efektywne w nauczaniu komunikacji medycznej (Silverman, Kurtz, i Draper, 2016). Projekt kursu komunikacji klinicznej opierający się na nauce przez doświadczenie stara się obejmować wszystkie cztery etapy nauczania: emocje, aspekty poznawczego opracowania treści, obserwacje oraz ćwiczenia konkretnych zachowań (Kolb, 1984). Nacisk kładziony na konkretne elementy różni się wraz z celami kształcenia na poszczególnych latach, w zależności od poziomu zaawansowania i biegłości studentów na poszczególnych latach nauki.

Jak wspomniano, wykorzystujemy ćwiczenia mające na celu rozwinięcie wglądu we własne emocje, a także poznanie emocji

Tabela 1.

Rok studiów	Nazwa przedmiotu	Tematyka	Metody dydaktyczne	Zaliczenie
II	Laboratoryjne Nauczanie Umiejętności Klinicznych 1/4 (10 h)	Perspektywa pacjenta Podstawy zbierania informacji	Miniwykłady, dyskusja, ćwiczenia poszerzające wgląd, gry dydaktyczne, odgrywanie ról, obserwacja materiałów filmowych	Egzamin OSCE
III	Laboratoryjne Nauczanie Umiejętności Klinicznych 2/4 (20 h)	Zbieranie informacji Przekazywanie informacji Trening całości konsultacji lekarskiej	Miniwykłady, dyskusja, ćwiczenia poszerzające wgląd, gry dydaktyczne, odgrywanie ról	Esej refleksyjny, egzamin OSCE
IV	Laboratoryjne Nauczanie Umiejętności Klinicznych 3/4 (20 h)	Komunikacja medyczna w szczególnych sytuacjach: 1. świadoma zgoda pacjenta 2. tematy intymne / życie płciowe 3. radzenie sobie z oczekiwaniami pacjenta 4. radzenie sobie z zachowaniami agresywnymi 5. przekazywanie niepomysłnych informacji	Miniwykłady, dyskusja, ćwiczenia poszerzające wgląd, odgrywanie ról	Materiał filmowy – prezentacja własnej symulowanej konsultacji
V	Laboratoryjne Nauczanie Umiejętności Klinicznych 4/4 (20 h)	Zagadnienia obejmują między innymi: 1. komunikację lekarz-pacjent: a. świadoma zgoda w szczególnych warunkach b. współpraca z rodziną pacjenta c. przekazywanie trudnych informacji d. tematy wrażliwe (przemoc domowa) 2. Komunikacja w zespole terapeutycznym: a. przywództwo i modele zarządzania b. przekazywanie pacjenta c. konsultacje ze specjalistami 3. Problemy kognitywne w pracy lekarza: a. przeładowanie informacją b. błędy fiksacji i inne.	Zaawansowane scenariusze – symulacja medyczna wysokiej wierności uzupełniona o symulowanych pacjentów	Strukturyzowana ocena ciągła

towarzyszących pacjentowi w możliwym kontakcie z lekarzem i innymi pracownikami opieki zdrowotnej. Na poziomie poznawczym studenci w grupach opracowują rozwiązania przedstawionych problemów odnoszących się do zagadnień komunikacyjnych, jak i perspektywy pacjenta. Prezentowane są nagrania konsultacji lekarskich (materiały własne) i wreszcie wykorzystywane są metody symulacyjne mające na celu przećwiczenie konkretnych umiejętności czy sposobów rozwiązania problemu występującego w danym scenariuszu.

Odgrywanie ról w kontekście zajęć symulacyjnych może się wiązać początkowo z niechęcią studentów. Jak pokazują dostępne dane dotyczące odbioru tej metody przez studentów, może być ona z powodzeniem wykorzystywana w nauczaniu komunikacji medycznej (Nestel, Tierney, 2007).

Doświadczenia naszego ośrodka wskazują na szczególnie istotną rolę postaw studentów dotyczących relacji lekarz–pacjent oraz znaczenie biomedycznych aspektów symulacji dla wzbudzania motywacji i efektywności metody odgrywania ról w trakcie zajęć. Facylitacja procesu odgrywania ról i późniejszej dyskusji odbywa się zgodnie z zasadą analizy nastawionej na cel i rezultat (Silverman, Kurtz, i Draper, 2016), ale szczególną wagę przywiązujemy także do analizy odczuć pacjenta i lekarza.

Początkowo, na pierwszych dwóch latach kursu, rolę pacjenta odgrywane są przez samych studentów na podstawie uproszczonych skryptów, scenariuszy. Rozwiązanie takie daje studentom szczególną możliwość wglądu w potencjalne uczucia i myśli pacjenta i stanowi często szczególnie istotny czynnik oddziałujący na ich postawy. Sami studenci uważają doświadczenie „wejścia w buty pacjentów” za szczególnie cenne. Z drugiej jednak strony stawiany jest zarzut niepełnego realizmu, co okazuje się być utrudnieniem dla niektórych z nich. Na późniejszych etapach korzystamy w trakcie odgrywania ról z pomocy wyszkolonych, symulowanych pacjentów. Symulowani pacjenci (SP) zostali przeszkoleni

przez personel naszego zakładu, który doświadczenia z wykorzystaniem ich pomocy nabierał najpierw na zajęciach Koła Naukowego (2015), potem w trakcie zajęć pilotażowych (2016). Wcześniej symulowani pacjenci brali także udział w egzaminach OSCE.

Po raz pierwszy SP wzięli udział w programowych zajęciach dotyczących komunikacji medycznej w roku akademickim 2016/2017 (zajęcia dla roku IV i V). Udział symulowanych pacjentów w zajęciach spotkał się z dużym entuzjazmem i pozytywną oceną ze strony studentów, ich wkład został też doceniony przez nauczycieli. Umożliwił równocześnie wygenerowanie skomplikowanych i wymagających warunków symulacji. Udział SP pozwala z jednej strony na powtarzalność warunków, a z drugiej na szeroki wachlarz poruszanych problemów klinicznych, w tym tematów trudnych lub niemożliwych do zrealizowania przy udziale prawdziwych pacjentów czy studentów wcielających się w ich role – jak uzależnienia, zagadnienia związane z życiem seksualnym czy inne, mogące powodować dyskomfort prawdziwego pacjenta. Wreszcie daje szansę na trening zachowań i umiejętności w bezpiecznym i emocjonalnie autentycznym kontekście, co ma znaczenie chociażby przy przekazywaniu niepomysłnych informacji przez studenta-lekarza.

Odpowiednia budowa scenariusza i staranne wyszkolenie SP umożliwia także dopasowanie poziomu trudności do celów dydaktycznych na danym etapie kursu, jak również do biegłości danego studenta.

Scenariusze konsultacji medycznych

Scenariusze wykorzystywane na zajęciach wydają się być jednym z kluczowych elementów w procesie nauczania.

W zależności od etapu kursu różnią się one stopniem trudności, a także zakresem poruszanych problemów. Początkowo w trakcie rozwoju kursu scenariusze odwoływały się w głównej mierze do aspektów komunikacyjnych w kontekście relacji lekarz–pacjent. Na podstawie danych płynących z ewaluacji

i opinii studentów stopniowo rozbudowane i poszerzone zostały elementy biomedyczne w postaci zgłaszanych symptomów oraz wyników badań laboratoryjnych i obrazowych zawarte w scenariuszach. Ostatecznie prezentowane informacje zawierają pełny obraz kliniczny pacjenta z uwzględnieniem całościowej perspektywy bio-psycho-społecznej, a także kontekstu konsultacji w postaci warunkowań fizycznych (elementy otoczenia) i formalnych (poszczególne jednostki świadczące usługi medyczne oraz charakter pracy lekarza). Scenariusze tworzone są przy udziale psychologa, lekarzy zajmujących się problematyką komunikacji klinicznej oraz konsultowane są przez lekarzy specjalistów w danej dziedzinie.

Zwykle obejmują one kilka problemów biomedycznych oraz komunikacyjnych (np. ocena stopnia zagrożenia życia i zdrowia pacjenta oraz brak zgody na proponowane leczenie w sytuacji takiego zagrożenia). Konstrukcja scenariuszy ukierunkowana jest także na wykorzystanie konkretnych umiejętności (np. poznanie perspektywy pacjenta – przekonania, emocji, obaw, motywacji, oczekiwań, oraz adekwatne i zrozumiałe przekazanie informacji odwołujące się do tejże perspektywy w sytuacji przedstawionej powyżej).

Poziom ich trudności oraz skomplikowania wzrasta na poszczególnych etapach kursu, rozpoczynając od prostych scenariuszy komunikacyjnych mających na celu zastosowanie umiejętności prowadzących do adekwatnego zebrania informacji (zebranie wywiadu lekarskiego). Scenariusze na tym etapie nastawione są także na kształtowanie odpowiednich postaw. Na kolejnych poziomach studenci mają za zadanie wykorzystać nabyte wcześniej umiejętności w złożonych symulacjach dotyczących szczególnie wymagających problemów. Wraz ze wzrostem poziomu trudności rośnie też poziom odwzorowania rzeczywistości poprzez włączanie udziału symulowanych pacjentów oraz sprzętu symulacyjnego wysokiej wierności. Ostatecznie (na zajęciach Laboratoryjnego Nauczania Umiejętności Klinicznych na V roku) studenci konfrontowani

są ze scenariuszami wymagającymi wykorzystania różnorodnych umiejętności klinicznych nabytych na wcześniejszych etapach studiów. Odnosi się to do poprawnego wykorzystania zbierania wywiadu, przeprowadzenia badania fizykalnego, uzyskania świadomej zgody czy wreszcie efektywnego przekazywania informacji pacjentowi oraz konkretnych interwencji diagnostyczno-terapeutycznych. Na ostatnim roku kursu studenci na poszczególnych zajęciach łączą ponadto pozyskane umiejętności z wnioskowaniem klinicznym, działają niejednokrotnie w sytuacji przeładowania sensorycznego czy nieoczekiwanych zmian w obrębie zespołu terapeutycznego.

Dodatkowo każdy ze scenariuszy posiada co najmniej jeden moment zwrotny, czyli taki, w którym zachowanie studenta w drastyczny sposób zmienia przebieg scenariusza. Zmiana przebiegu scenariusza może odnosić się do zachowania pacjenta (np. eskalacja agresji w odpowiedzi na zachowanie lekarza) lub bezpośrednio wpływać na kontekst biomedyczny (np. zasięgnięcie opinii rodziny o podjęciu leczenia u terminalnie chorego nieprzytomnego pacjenta w warunkach symulacji wysokiej wierności).

Organizacja nauczania komunikacji w programie studiów medycznych

Jednym z głównych założeń przy tworzeniu kursu było przyjęcie spójnej podstawy teoretycznej w postaci modelu Calgary-Cambridge. Model ten został przez nas następnie rozwinięty i zmodyfikowany. Korzyścią płynącą z powstałej otwartej struktury jest możliwość elastycznej rozbudowy kursu o nowe elementy. Pozwoliło to na adaptację na potrzeby kursu odmiennych podejść i koncepcji, a także umiejętności i metod dydaktycznych wykraczających poza pierwotne ramy modelu Calgary-Cambridge. Użyteczną rolę w tym procesie odegrał spójny i intuicyjny aparat pojęciowy zapożyczony z powyższego modelu.

Poza możliwością adaptacji nowych treści inną korzyścią, płynącą z konstrukcji schematu kursu, jest możliwość translacji w obrębie

innych systemów czy podejść w nauczaniu komunikacji. Ułatwia to w znacznym stopniu dyskusję i wymianę doświadczeń pomiędzy różnymi jednostkami zajmującymi się nauczaniem i badaniem komunikacji medycznej. Z perspektywy dydaktyki daje to szansę na ujednolicenie podejścia i koordynację nauczania w obrębie struktury organizacyjnej toku studiów. Doświadczenia naszego zakładu, opierające się m.in. na ewaluacji kursu przez studentów, wskazują na pilną potrzebę takiego ujednolicenia. Dotyczy to przede wszystkim aparatu pojęciowego, ale także ogólnie przyjętego rozumienia celów i zasad komunikacji medycznej, a być może także podstaw rozumienia istoty relacji lekarza z pacjentem i odnosi się zarówno do etapów przedklinicznych, jak i klinicznych nauczania medycyny. Brak takiego ujednolicenia, choćby na poziomie leksykalnym, powoduje niejasność, a informacje płynące do studentów niejednokrotnie odbierane są przez nich jako sprzeczne bądź bezcelowo powielane wielokrotnie w toku studiów na poziomie podstawowej wiedzy i umiejętności. Wywołuje to z jednej strony opór, a z drugiej osłabia motywację do rozwoju i nauki komunikacji. Ujednolicenie, a co najmniej porozumienie i dialog między poszczególnymi jednostkami w ramach wydziału, kierunku studiów czy całej uczelni pozwala na rozwiązanie tych problemów i znaczne zwiększenie efektywności nauczania bez utraty odrębności i specyfiki płynącej z uwarunkowań danej jednostki dydaktycznej. Jednym z wymaganych warunków do podjęcia takiego dialogu wydaje się być właśnie odpowiednia struktura nauczania komunikacji we wszystkich jednostkach lub np. jednostce koordynującej ten aspekt kształcenia. Proces ten został rozpoczęty w ramach Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego i dotyczy koordynacji nauczania pomiędzy Zakładem Psychologii Lekarskiej, Zakładem Medycyny Rodzinnej, Kliniką Leczenia Bólu i Opieki Paliatywnej, Zakładem Socjologii Medycyny oraz Klinikami Chorób Wewnętrznych a Zakładem Dydaktyki Medycznej.

Kolejną istotną kwestią jest szkolenie w zakresie komunikacji medycznej wśród nauczycieli w obrębie przedmiotów klinicznych. Dotyczy to zarówno wiedzy i zdolności praktycznego wykorzystania umiejętności komunikacyjnych, jak i szczególnie budowania i uzgodnienia akceptowanych i pożądanych postaw. Jak wspomniano, wpływ modelowania w procesie kształtowania nastawienia studentów odgrywa bardzo istotną i niezaprzeczalną rolę. Równocześnie nasze doświadczenia uwiadcniają jednoznacznie korzystny wpływ rozpoczęcia nauki komunikacji medycznej już na poziomie przedklinicznym – zarówno na poziom biegłości studentów, jak i wytworzenie dojrzałych i świadomych postaw dotyczących roli lekarza.

Podsumowanie

Nasze doświadczenia we wprowadzaniu kursu komunikacji medycznej na Wydziale Lekarskim wskazują na potencjalne ścieżki rozwoju, jak również na czekające wyzwania. Kompleksowy rozwój nauczania kompetencji komunikacyjnych wymaga interwencji na wielu poziomach, w tym na poziomie ogólnosystemowym organizacji procesu dydaktyki medycznej. Sama idea nauczania komunikacji czy stosowana metodyka spotyka opór u części studentów (niezgodność z dotychczasowymi przekonaniami lub negacja wynikająca z obaw przed oceną), a rola lekarza w kontakcie z pacjentem niejednokrotnie postrzegana jest jedynie przez pryzmat perspektywy biomedycznej. Taka dehumanizacja pacjenta związana może być także ze sztucznym odrywaniem komunikacji medycznej od innych umiejętności klinicznych lub wynikać z nieadekwatnych postaw. Nasze doświadczenia wskazują jednakże, że postawy te są modyfikowalne, a nauczanie komunikacji wraz z innymi umiejętnościami klinicznymi jest możliwe i przynosi satysfakcjonujące korzyści.

Postulujemy zatem włączenie umiejętności komunikacyjnych jako integralnego elementu procesu nauczania medycyny, które to umiejętności, jako elementarne w zawodzie

lekarza, powinny być doskonalone równolegle od samego początku toku studiów przy zachowaniu stopniowego opanowywania prostych elementów po wszechstronne wykorzystanie dostępnych umiejętności w rozwiązywaniu złożonych problemów klinicznych. Konieczna wydaje się być także integracja takiego nauczania pomiędzy poszczególnymi jednostkami dydaktycznymi zarówno na poziomie przedklinicznym, jak i klinicznym.

Podkreślamy także znaczenie roli nauczania przez doświadczenie w bezpiecznych warunkach laboratoryjnych. Jednym z istotnych czynników wydaje się być również spójny model rozumienia i nauczania komunikacji. Powinien charakteryzować się on jasną i zarazem elastyczną strukturą z możliwie precyzyjnym i równocześnie pojemnym aparatem pojęciowym. Daje to możliwość nie tylko rozbudowy i rozwoju w ramach modelu, ale także pozwala na integrację z innymi modelami czy teoriami. Umożliwia także funkcjonowanie odmiennych stylów pracy poszczególnych nauczycieli. Odpowiednia standaryzacja metodyki nauczania, a także aparatu pojęciowego i przekazywanych treści umożliwia poza tym efektywny proces szkolenia nauczycieli i ustanowienie adekwatnych kryteriów oceny studentów.

Uważamy, że zasady i efektywność podejścia medycyny zorientowanej na pacjenta wraz cechującą ją niedyrektywnością, czyli wspólnym uzgadnianiem znaczeń i celów oraz nastawieniem na współpracę, mogą mieć swoje odbicie także w procesie dydaktycznym w formie nauczania komunikacji medycznej zorientowanej na studenta. Wydaje się, że zachowanie atmosfery kooperacji i pewnej autonomii w kształtowaniu postaw studentów umożliwia ich dojrzały rozwój i opanowanie wymaganych umiejętności.

Jak wspomniano, proces wprowadzania kursu komunikacji medycznej jest procesem wieloetapowym i wymagającym interwencji na różnych poziomach. Jednym z kluczowych czynników jest też proces ciągłej ewaluacji i doskonalenia kursu. Poza ewaluacją dokonywaną przez nauczycieli zakładu i studentów

przewodzimy badania naukowe oceniające skuteczność zaproponowanego modelu, które pozwolą na postawienie dalszych wniosków i możliwych modyfikacji. Wnioski wysnuwane na podstawie dotychczasowych danych pozwoliły na modyfikację metodyki zajęć oraz schematu wprowadzania i doboru podejmowanych na kursie zagadnień, co spotkało się z pozytywnym odbiorem przez studentów i przejawia się coroczną poprawą oceny przedmiotu.

Kurs nie wyczerpuje całego tematu problematyki komunikacji lekarz–pacjent. Część zagadnień nie jest objęta jego zakresem (np. komunikacja z dzieckiem i nastolatkiem) lub zagadnienia te są przedmiotem zajęć w innych jednostkach Collegium Medicum UJ (kontakt z pacjentem cierpiącym na chorobę psychiczną lub pacjentem w ramach opieki paliatywnej).

W obrębie naszego kursu pragniemy w dalszym stopniu poszerzyć zakres nauki kompetencji związanych z komunikacją pomiędzy członkami zespołu terapeutycznego. Szczególną wagę przykładamy do optymalizacji i standaryzacji procesu szkolenia nauczycieli stopniowo podejmujących się nauczania komunikacji, w tym nauczycieli reprezentujących inne jednostki dydaktyczne, ze szczególnym uwzględnieniem nauczania w warunkach klinicznych. Rozwijamy także standardy oceniania studentów. Dotyczy to zwłaszcza metodyki oceniania w trakcie egzaminu OSCE (Objective Structured Clinical Examination), gdzie kontynuujemy prace nad optymalizacją oceny umiejętności komunikacyjnych przy zbieraniu wywiadu, a od roku akademickiego 2016/17 również przy przekazywaniu informacji.

Przedstawione w powyższym sprawozdaniu metody dydaktyczne, a także sama organizacja kursu oceniane są przez nas aktualnie pod kątem wpływu na proces komunikowania się studentów, a także na ich postawy, w ramach badań naukowych. Wśród nadchodzących wyzwań wymienić należy rozwinięcie współpracy z innymi jednostkami

dydaktycznymi Wydziału Lekarskiego, w tym również z jednostkami odpowiedzialnymi za zajęcia kliniczne dla studentów.

Bibliografia

- Deręgowska J. (2015). Profesjonalna komunikacja w opiece zdrowotnej jako element wsparcia zawodów medycznych i pacjentów – oczekiwania i potrzeby. *Studia Edukacyjne*, 35, 359–360.
- DiMatteo M.R. (2004). Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Medical Care*, 42(3), 200–9.
- Halperin E.C. (2000). Grievances against physicians: 11 years' experience of a medical society grievance committee. *The Western Journal of Medicine*, 173(4), 235–8.
- Kolb D.A. (1984). Experiential learning: Experience as the source of learning and development. *Journal of Organizational Behavior*, 8, 4, 359–360.
- Nestel D., & Tierney T. (2007). Role-play for medical students learning about communication: Guidelines for maximising benefits. *BMC Medical Education*, 7(1), 3.
- Silverman J., Kurtz S., & Draper J. (2016). *Skills for Communicating with Patients*, 3rd edition. London: CRC Press.
- Stewart M.A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Medicale Canadienne*, 152(9), 1423–33.
- Stewart M., Brown J.B., Donner A., McWhinney I.R., Oates J., Weston W.W., & Jordan J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *The Journal of Family Practice*, 49(9), 796–804.
- Stewart M., Brown J.B., & Weston W.W. (2003). *Patient-centered Medicine: Transforming the Clinical Method – Moira Stewart* (second). Abingdon: Radcliffe Medical Press.
- Taylor D.M., Wolfe R., & Cameron P.A. (2002). Complaints from emergency department patients largely result from treatment and communication problems. *Emergency Medicine* (Fremantle, W.A.), 14(1), 43–9.
- Williams B., Coyle J., & Healy D. (1998). The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels. *Social Science & Medicine* (1982), 47(9), 1351–9.